



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42598 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНАЛЬНИХ І ШЛУНКОВИХ НОРИЦЬ

(21) 2001042649

(22) 19 04 2001

(24) 15 10 2001

(33) UA

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р

(72) Люлько Іван Володимирович, Косульников  
Сергій Олегович, Кравченко Костянтин Вікторович,  
Тарнапольський Сергій Олександрович(73) ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ, UA(57) Спосіб лікування дуоденальних і шлункових  
нориць, який включає назопорожньокишкове хар-  
чування пацієнта шляхом введення живильного

зонда у просвіт органів шлунково-кишкового тракту із подальшим рентгеноскопичним контролем позиції кінця зонда, який відрізняється тим, що перед введенням зонда назогастральну у просвіт органів шлунково-кишкового тракту вводять оснащений світловолоконною оптикою катетер до рівня дистальнішої зв'язки Трейца на 30-40 см, а живильний зонд вводять в канал катетера, встановлюють кінець зонда на тому ж рівні, що і кінець катетера, після чого, притримуючи зонд, вилучають катетер із просвіту органів шлунково-кишкового тракту, при цьому використовують рентгеноконтрастний зонд

Винахід відноситься до області медицини, а саме до консервативного лікування органів травного тракту, і може бути використано, в частковості, для лікування дуоденальних або шлункових нориць

Післяопераційні нориці 12-палої кишки або шлунка представляють реальну загрозу для життя пацієнта тому, що формування нориці може супроводжуватися розвитком розлитого запалення черевини (перитоніту), або швидкого виснаження хворого внаслідок втрати рідини через норицю. Окрім того, кишковий вміст, який насичений ферментами і високоактивними білковими речовинами, спричиняє значну мацерацію шкіри навколо нориці, що посилює страждання пацієнта. Якщо формування нориці не супроводжується розвитком розлитого запалення черевини і можна ухилитися від негайного оперативного втручання, проводять ентеральне харчування хворого шляхом введення рідких живильних сумішей в зону, яка розташована дистальніше по відношенню до нориці за допомогою гнучкого зонду або катетера. При довготривалому ентеральному живленні припиняється виснаження пацієнта і можливе закриття нориці і одужання.

Відомий спосіб лікування дуоденальних і шлункових нориць, при якому проводять тонкий зонд у відводящу петлю кишки дистальніше нориці. Зонд уявляє собою тонкостінну хлорвінілову трубку, у просвіт якої подають рідкі живильні речовини і тим самим здійснюють процес ентерального харчування пацієнта. У зв'язку із малою твердістю зонда його кінець практично не можливо увести нижче зв'язки Трейца (Жебровский В.В. Ранние и поздние

послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости - Симферополь Изд-во Центр КГМУ, 2000 - С. 353). У зв'язку з тим, що за допомогою такого зонду живильні речовини вводяться поблизу зони нориці, можливий ретроградний закид живильних речовин при роботі кишечнику. При цьому частина їжі виливається через отвір нориці, що спричиняє мацерацію тканин навколо неї. Таким чином, визначені особливості указанного способу дають підставу зробити висновок, що застосовувати цей спосіб для лікування дуоденальних і шлункових нориць не доцільно.

Відомий також спосіб лікування дуоденальних і шлункових нориць, який включає назопорожньокишкове харчування пацієнта при введенні живильного зонда в просвіт органів шлунково-кишкового тракту із проведенням рентгеноскопичного контролю положення кінця зонда. При цьому в якості зонда використовують ниппельну трубку, яку вводять через нижній носовий ход в ротову порожнину. Для того, щоб проводити за допомогою рентгеноскопичного контролю положення ниппельної трубки в просвіті органів шлунково-кишкового тракту, до її кінця кріпиться свинцева дробу. Після того, як нижній кінець зонда встановлять в порожній кишки в області зв'язки Трейца, через канал зонда з боку його верхнього кінця, який прикріплено до обличчя пацієнта, подають живильні суміші - за добу до 3 л (Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Сформировавшиеся и несформировавшиеся наружные кишечные свищи - Новосибирск Наука, 1983 - С. 107). Такий спосіб дозволяє проводити ентеральне харчування пацієнта, однак при указаному способі при порівняль-

но близькому розміщенні кінця живильного зонда від дуоденальної або шлункової нориці велика вірогідність ретроградного закиду живильних речовин в зону нориці при роботі кишечника, що супроводжується втратами цих коштовних препаратів і доставляє пацієнту додаткові фізичні страждання. Із приведеного аналізу особливостей цього способу видно, що його недоцільно вживати для лікування кишкових і шлункових нориць.

В основі даного винаходу лежить рішення задачі по удосконаленню способу лікування дуоденальних і шлункових нориць шляхом введення в нього нових засобів і інструмента, в результаті чого виключається закид живильних речовин в зону нориці при роботі кишечника, чим забезпечуються кращі умови для закриття нориці в короткі строки лікування.

Поставлена задача вирішена тим, що у способі лікування дуоденальних і шлункових нориць, який включає назопожирнокишкове живлення пацієнта шляхом введення живильного зонда у просвіт органів шлунково-кишкового тракту із наступним рентгенокопічним контролем положення кінця зонда, згідно винаходу, перед введенням живильного зонда назогастрально в просвіт органів шлунково-кишкового тракту вводять катетер, який оснащено світловолоконною оптикою, до рівня дистальніше зв'язки Трейца на 30-40 см, живильний зонд вводять в канал катетера, встановлюють кінець зонда на тому ж рівні, що і кінець катетера, після чого, притримуючи зонд, витягують катетер із просвіту органів шлунково-кишкового, при цьому використовують рентгеноконтрастний зонд.

Запропонований спосіб відрізняється від способу прототипу тим, що перед введенням живлячого зонда в просвіт органів шлунково-кишкового тракту вводять указаний катетер із установкою його нижче його нижче зв'язки Трейца, при цьому живлячий зонд вводять в канал катетера, встановлюють кінець зонда на тому ж рівні, із подальшим вилученням катетера із просвіту органів шлунково-кишкового тракту, при цьому використовують рентгеноконтрастний зонд.

Результатом використання запропонованого способу є запобігання закиду живильних речовин у зону нориці при роботі кишечника. Це досягається внаслідок того, що кінець живильного зонду встановлюють нижче зв'язки Трейца на вказаній відстані, завдяки чому прискорюється процес закриття нориці і одужання пацієнта.

Кінець живильного зонду встановлюють у просвіті органів шлунково-кишкового тракту нижче зв'язки Трейца на 30-40 см. Цю відстань визначено експериментальним шляхом. При відстані менше за 30 см можливий ретроградний закид живильних речовин у зону нориці, що знижує вірогідність самостійного закриття нориці у короткий термін лікування пацієнта, а розташування кінця живлячого зонда на відстані від зв'язки Трейца більше 40 см, збільшує довжину кишкової петлі, яка не приймає участі в процесі засвоєння живильних речовин, що вводяться ентерально, що також сприяє продовженню часу одужання хворого. Окрім того, проявляється ефект травмування органів шлунково-кишкового тракту катетером і зондом.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином.

Лікуванню підлягають дуоденальні і кишкові нориці, які з'являються після операції з приводу неспроможних швів анастомозу або з приводу первинного попадання кишкового вмісту в черевну порожнину, при якій проводять ревізію, санацію черевної порожнини і дренування області перфорації або неспроможності. При проведенні запропонованого способу у просвіт органів шлунково-кишкового тракту назогастрально вводять катетер, який оснащено світловолоконною оптикою, із таким розрахунком, щоб катетер провести нижче зв'язки Трейца, дистальніше за неї, приблизно, на 30-40 см. Потім в канал катетера вводять живильний рентгеноконтрастний зонд, позицію якого контролюють рентгенокопічно. Після встановлення кінця живильного зонда дистальніше зв'язки Трейца на тому ж рівні, притримуючи зонд, із органів шлунково-кишкового вилучають катетер. Потім фіксують верхній кінець зонда на обличчі пацієнта і здійснюють ентеральне харчування - вводять рідкі живильні суміші в кишечник пацієнта через внутрішній канал зонда. Об'єм живильної рідини, що вводять хворому, становить 3-3,5 л на добу. Ентеральне харчування проводять у продовж 1-1,5 міс. За цей час, як правило, здійснюється самостійне закриття нориці і одужання пацієнта.

Як приклад здійснення запропонованого способу приведена історія хвороби № 4715 пацієнта В. 47 р., який надійшов у гнійно-септичний центр обласної лікарні ім. І. І. Мечнікова у 1999 р.

Пацієнт поступив після операції з приводу гнійного оментобурсита при деструктивному панкреатиті. При дренуванні сальникової сумки виявлена сполука із 12-ти палою кишкою. Після адекватного дренування пацієнта перевели на повне ентеральне харчування згідно із запропонованим способом лікування дуоденальних і шлункових нориць. Харчування проводили із поверненням дуоденальних втрат. Об'єм рідких живильних речовин становив біля 3,5 л на добу. Живильний зонд встановлено на відстані біля 35 см дистальніше зв'язки Трейца. Тривалість лікування становила 43 доби. Пацієнт виписаний у задовільному стані.

Запропонований спосіб був використаний при лікуванні дуоденальних і шлункових нориць у 7 пацієнтів, строк одужання не перевищував 1,5 міс.

При використанні способу прототипу тривалість лікування в кращому випадку може становити 2-3 місяці, або виникає необхідність додаткового оперативного втручання тому, що здійснюється закид живильних речовин в зону нориці при роботі кишечника.

Таким чином, в порівнянні із прийнятим в якості прототипу способом лікування дуоденальних і шлункових нориць запропонований спосіб забезпечує необхідні умови для закриття нориці в короткі строки за рахунок запобігання закиду живильних речовин в зону нориці при роботі кишечника.

Запропонований спосіб лікування дуоденальних і шлункових нориць може бути рекомендовано для практичного застосування.

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
(044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2002 р. Формат 60х84 1/8  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180  
(044) 268-25-22

---